

## **Autismus, Autistisches-Spektrum, Autismus-Spektrum-Störung, Autistisches Syndrom**

Da es sich bei diesem Informationsmaterial nicht um eine wissenschaftliche Veröffentlichung handelt, wird auf Literaturangaben (Quellenangaben) verzichtet. Diese Darstellungen basieren insofern auf den praktischen Wissensbestand der Autoren und haben keinen Anspruch auf wissenschaftliche Vollständigkeit.

Dieses für das breite Thema kurz gefasste Informationsmaterial wurde insbesondere für Betroffene und deren Eltern verfasst, die in unserer Praxis diagnostiziert und im Zentrum zur Diagnostik und Therapie von Autismus-Spektrum-Störung unseres Hauses beraten und behandelt werden.

### **Inhaltsverzeichnis**

<b>1. Autismus .....</b>	<b>2</b>
1.1 Epidemiologie .....	2
1.2 Geschichte der Begrifflichkeit.....	2
1.3 Autismus im Kindes- und Jugendalter .....	3
1.4 Autismus im Erwachsenenalter (aktueller Stand) .....	4
1.5 Autismus im Alltagsverständnis .....	7
<b>2. Autistisches-Spektrum.....</b>	<b>7</b>
<b>3. Autismus-Spektrum-Störung .....</b>	<b>8</b>
<b>4. Autismus-Spektrum-Störung und das medizinische Krankheitsmodell.....</b>	<b>10</b>
<b>5. Neuropsychologische Theorien .....</b>	<b>18</b>
<b>6. Autismus-Spektrum-Störung und Stressverareitung – „Stimming und Overload“ .</b>	<b>25</b>

# 1. Autismus

## 1.1 Epidemiologie

Epidemiologie beschäftigt sich sehr allgemein gefasst mit der Verbreitung sowie den Ursachen und Folgen von gesundheitsbezogenen Zuständen und Ereignissen in der Bevölkerung.

In der aktuelleren Forschung zur Häufigkeit von Autismus in der Bevölkerung (Prävalenz) wird in weltweiten Studien seit dem Jahr 2000 eine Prävalenz im Mittelwert von 0.9 - 1.1 % festgestellt.

Die sogenannte Inzidenz (die relative Häufigkeit von neu auftretenden Fällen von Autismus) ist vor allem im moderneren Verständnis des Autismus als Autismus-Spektrum-Störung steigend. Zum Maß der Steigerungsrate sind die Befunde, ob des Mangels an Forschungskriterien sehr stark variierend, zum Teil wird ein bis zu 8.2-facher Anstieg angenommen.

In der Geschlechtsverteilung geht man nach neueren Ergebnissen von einem Verhältnis von 2 - 3:1 zugunsten des männlichen Geschlechts, unabhängig von der kognitiven Leistungsfähigkeit, aus. In früheren Untersuchungen Anfang der 2000er-Jahre nahm man noch ein Verhältnis von 4:1 an.

## 1.2 Geschichte der Begrifflichkeit

Der Terminus „Autismus“ (aus dem Griechischen *autos*: selbst, auf sich selbst bezogen; *ismos*: Zustand, Orientierung) geht in seinen **zuvorderst medizinischen Anfängen** auf den englischen Arzt und Sexualwissenschaftler Havelock Ellis (1898) zurück. „Autismus“ ist eine sprachliche Reduktion des von Ellis geprägten Terminus „Autoerotismus“, welcher im Rahmen seiner Studien „ein infantiles Sexualverhalten“ beschrieb.

Der Terminus „Autismus“ wurde von Sigmund Freud (1915) in das Konzept der Psychoanalyse übernommen, jedoch sowohl strukturell als auch psychodynamisch im Kontext der infantilen Sexualität, der Triebbeziehung zum Körper- und Sexualobjekt verstanden, insofern kommt das „frühe Autismus-Verständnis“ bei Freud eher seinem späteren Begriff „Narzissmus“ nahe.

Unter anderem auch basierend auf den Veröffentlichungen von Freud fand der Terminus „Autismus“ in der deutschsprachigen, klassisch-psychiatrischen Fachliteratur Eingang. Der Schweizer Psychiater Eugen Bleuler modifizierte bereits 1910 das Verständnis des Terminus „Autismus“ im kritisch-psychiatrischen Diskurs mit der Psychoanalyse. Der betont „sexuell-triebhafter“ Zuschreibungsinhalt wurde hin zum **gestörten Verhältnis** der Schizophrenen **zur Umwelt** (schizophrener Negativismus) interpretiert. Bleuler verstand in der „**Zurückgezogenheit in die innere Gedankenwelt**“ ein Hauptsymptom der Schizophrenie (Schizophreniekonzept, 1911). Er verwendete den Terminus „Autismus“ in diesem Bezug jedoch nicht zwangsläufig eindeutig.

Im weiteren historischen Verlauf wurde der Terminus **im Verständnis einer starken Ich-Bezogenheit** in der deutschsprachigen Psychiatrie eher diffus verwendet, zum Beispiel bei schweren Formen der Depression oder auch bei Kontaktstörungen der hebefreien Formen der endogenen Psychosen (Leonhardt, 1957).

**Der Bezug von „Autismus“ zum Charakter** wurde in der Tübinger Psychiatrieschule ausgehend von Bleulers Schizophreniekonzept von Ernst Kretschmer (1921) aufgegriffen und übernommen. Kretschmer postulierte das sogenannte „schizoide Temperament“ als eine charakterbedingte Wesensart. Die schizoide Wesensart beschrieb er mit **Kontaktscheuheit, Introvertiertheit und emotionale Distanziertheit sowie Überempfindlichkeit gegenüber äußeren Reizen.**

Der Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Autismus fand sich auch bei Eugen Kahn (1928), welcher den Terminus „Autismus“ im Zusammenhang mit den so genannten **abnormen Persönlichkeiten (Psychopathien)** in der Charaktertypisierung im Kontext der Ich-Umwelt-Bezogenheit verwendete.

Hans Binder (1930) setzte sich mit dem „schizoiden Autisten“ auseinander und brachte (erstmalig) mit dieser Beschreibung einen gewissen Entwicklungsaspekt, eine **Prozessbetrachtung** ein. Er sah im Autismus eine Art Vorstufe zur Schizophrenie. Diese schizoid-autistische Vorphase war nach seiner Beschreibung gekennzeichnet durch die Störung im „feinen Eingehen auf Nebenmenschen“. Er unterschied in einen primären und einen sekundären Autismus. Den sekundären Autismus betrachtete er als Folge psychischer Veränderungen. Beim primären Autismus wurde in zwei Gruppen von „präpsychotischen Sonderlingen“ differenziert: In der ersten Gruppe fanden sich nach Binder bereits in der Kindheit auffällige „psychische Züge“, diese blieben aber unbeschrieben und undifferenziert. Für die zweite Gruppe stellte Binder ein Auftreten der Auffälligkeiten erst in der späteren Altersentwicklung fest, die Menschen waren bis dahin für die Umwelt scheinbar „unauffällig“ geblieben. Den **Mangel an verständnisvoller Rücksichtnahme**, „der affektiven Imponderabilien in der Beziehung zu Mitmenschen“ begründete Binder ursächlich mit einer „Schwächung im instinktiven Ansprechen... beim Verkehr mit der Umwelt...“, was sich annähernd mit den späteren Beobachtungen im Konzept der gestörten „Theory of Mind“ (ToM) deckte.

In diesen unterschiedlichen Fassetten krankhafter oder/und charakternormabweichender Ausprägung war Autismus als Gegenstand medizinischen Interesses **in seinen Anfängen (nach Ellis und Freud) vor allem auf das Erwachsenenalter orientiert.**

### 1.3 Autismus im Kindes- und Jugendalter

**Spätere und auch noch aktuell bekannte Forschungen und Theoriebildungen fixierten sich wiederum auf das Kindes- und Jugendalter.**

Autismus wurde in diesen Ursprüngen (beginnend in den 1940er-Jahren) von Leo Kanner und Hans Asperger, unabhängig voneinander in Amerika und Österreich forschend, ausschließlich als Phänomen des Kindesalters untersucht und dargestellt. Soweit die Kenntnis dazu, waren sowohl Kanner als auch Asperger früher „Schüler“ bei o.g. Eugen Bleuler gewesen.

Die älteste Darstellung des kindlichen Autismus, der sich in Bezug zur heutigen Sichtweise bringen lässt, stammt jedoch von der russischen Kinderpsychiaterin Grunja

Jefimowna Sucharewa (1926). Die von Sucharewa untersuchten Phänomene im Verhalten von Kindern fasste sie als „schizoide Psychopathie“ zusammen. Asperger stellte ca. 20 Jahre später bei seinen Untersuchungen von Kindern analoge Verhaltensweisen fest und nannte diese Phänomene „autistische Psychopathie“. Diese Kinder waren in der Regel nicht im Intelligenzniveau eingeschränkt. Die Kinder, welche Kanner in Amerika untersuchte, waren in der Regel im niederen Intelligenzbereich. Diese Erkenntnisse gingen später als Frühkindlicher Autismus ein.

Das Asperger-Syndrom wurde in dieser Begrifflichkeit international erst durch einen Aufsatz von Lorna Wing (1981) bekannt. Diese änderte auch die Bezeichnung von „Autistischen Psychopathen“ in „Asperger-Syndrom“, für das sie zudem detaillierte Kriterien beschrieb.

Insofern wurde Autismus, anfangs noch unspezifisch-klinisch, als „infantiler Autismus“ klassifiziert (ab 1979 in der ICD-9 der WHO und in der DDR IKK) und bezog sich forschungsgeneriert auf das Kindesalter.

Mit der ICD-10 dann ab 1998 wurde der Autismus als „tief greifende Entwicklungsstörung“ differenzierter betrachtet und in abgrenzungspflichtige Kategorien unterschieden: Frühkindlicher Autismus, Asperger-Syndrom, Atypischer Autismus, die sich ebenfalls als Entwicklungsstörungen im Grunde auf das Kindes- und Jugendalter begrenzen.

Erst in der ICD-11 (ab 2022) wird diese kategoriale Differenzierung analog neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse „harmonisiert“ und die tatsächlich vielfältigen Variationen des Autistischen-Spektrums und deren Anpassungsstörungen nicht mehr kategorial, sondern im Verständnis eines Kontinuums als Autismus-Spektrum-Störung zusammengefasst. Als vermeintlicher Nachteil wird dabei „die nicht mehr verlässliche Abgrenzung der einzelnen kategorialen Untergruppen“ gesehen.

#### 1.4 Autismus im Erwachsenenalter (aktueller Stand)

1.

In den medizinischen Leitlinien zum Autismus (in diesem Fall S3-Leitlinien, was den höchsten Standard einer Beurteilungsmethodik für eine angemessene Gesundheitsversorgung bezeichnet) wird das Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter erfasst.

In diesen Leitlinien wird im Grunde die Basis für die Diagnostik und Therapie bei Autismus definiert, also... was fachlich zu tun ist.

Für das Erwachsenenalter sind die Erkenntnisse, nicht nur in Diagnostik und Therapie, sondern grundlegend im Verständnis von Autismus in seiner Phänomenologie (das was man beobachten kann) unterrepräsentiert, wenn man davon ausgeht, dass erst mit der ICD-10 ab 1998 geltend, vor allem der Autismus im Kindes- und Jugendalter abgebildet wird.

**Kurz: Autisten im Erwachsenenalter zeigen sehr häufig (oder meistens) ein völlig anderes Erscheinungsbild als Kinder und Jugendliche. Dies trifft vor allem bei der Erstdiagnostik zu.**

Wurde bereits in der Kindheit oder im Jugendalter ein „Autismus“ diagnostiziert, so wird dieser Entwicklungsstrang autistischer Beeinträchtigung von Erlebens-, Denk- und Verhaltensweisen im Erwachsenenalter eher Eingang in das Verständnis des sozialen Umfeldes und der klinischen bzw. institutionellen Bewertung finden, die Prämisse vorausgesetzt, dass die neurobiologischen Ursachen unveränderbar und bleibend sind.

Eine spezielle Erwachsenenforschung für Autismus ist aktuell eher selten. Autismus im Erwachsenenalter ist deshalb bisher kaum untersucht. Ein Blick auf den Autismus im Erwachsenenalter, der sich auf das Klassifikationsverständnis des Kindes- und Jugendalters reduziert, bildet die Problemlage für diese erwachsene Altersspanne nicht annäherungsweise ab und lässt den Sachverhalt diagnostisch schwerer zu erfassen.

Insbesondere:

- die hochfunktionalen oder „leichteren“ Variationen und andere eher „ruhig-angepasste“ und/oder „gut geförderte“ Variationen der Autismus-Spektrum-Störung, die nicht zwangsläufig im Kindes- oder/und Jugendalter ob einer Anpassungsstörungen „auffielen“;
- oder/und Variationen, welche mit einer, an eine „bessere“ Intelligenz gekoppelten analytischen Kompetenz, die autistischen Beeinträchtigungen „besser“ kompensieren konnten,

werden häufig erst im Erwachsenenalter als sich im Autistischen-Spektrum befindend identifiziert.

Das Schulsystem und dessen ritualisierte Struktur und Handlungserwartungen spielen dabei oft eine protektive Rolle. Der Übergang ins erwachsene Berufsleben oder in ein Studium (bei den „besser“ Intelligenten) löst diese festen Strukturen aber auf, neue Anforderungen oder/und weniger Struktur führen erst dann zu relevanten Anpassungsstörungen, welche sich als Autismus-Spektrum-Störung zu erkennen geben und sich als eine Art „Bruch in der Lebensleitlinie“ offenbaren.

2.

Für die Diagnostik von erwachsenen Autisten stehen derzeit vorwiegend einem Verständnis der Sichtweise auf das Kindes- und Jugendalter bezogene Testinventare zur Verfügung. Der ADOS-2 für Patienten zum Beispiel, der zum sogenannten „Goldstandard der Autismus-Diagnostik“ gehört, ist für Erwachsene ob der Testanforderungen nicht logisch einsetzbar. Spezifische Testverfahren zur Statusdiagnostik von Autismus im Erwachsenenalter gibt es derzeit nicht.

Für die Erhebung der biographischen Entwicklung von durchgängigen Verhaltensmustern autistischer Beeinträchtigungen (tief greifende Entwicklungsstörung beginnend in der frühen Kindheit) kann man lediglich die vorliegenden Verfahren der Fremdbeurteilungen (die ebenfalls zum „Goldstandard der Autismus-Diagnostik“ gehören) zum Einsatz bringen.

3.

Abgesehen von der Diagnostik der Autismus-Spektrum-Störung ist auch das Verständnis für erwachsene Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung eher diffus.

Setzt man die bisher „übliche“ Perspektive des Kindes- und Jugendalters an, wird insbesondere in den Grenzbereichen des Autistischen-Spektrums kaum ein „klassisches Bild“ (der Autismus an sich) erkennbar sein. Dies gilt, wie bereits erwähnt, vor allem für Erstdiagnosen im Erwachsenenalter.

Insbesondere die ätiologischen (ursächlichen) Zusammenhänge für normabweichendes Verhalten und Erleben mit und ohne Leidensdruck lassen sich bei erwachsenen Autisten schwerer erkennen, da ab dem Erwachsenenalter in anderen symptomatischen Kategorien „gedacht wird“, so dass eher zum Beispiel affektive Störungen, Neurosen, Persönlichkeitsstörung, Psychosen bzw. Verhaltensstörungen mit körperlichen Störungen u.a. angenommen werden.

Autismus im Erwachsenenalter und dessen Folgen der autismusbedingten Überforderung werden im Erwachsenenalter deshalb oft nicht entsprechend „autistisch“ bewertet, sondern werden sehr häufig anderen Störungen, wie Erschöpfungssyndrom, Depression, Angststörungen, Zwangsstörungen, Tic-Störungen Persönlichkeitsstörung u.a. zugeordnet. Biographische Fremdbeurteilungen sind deshalb unbedingt notwendig.

Die Schwierigkeit hinsichtlich ursächlicher Zusammenhänge ist dabei, zwischen sogenannten komorbiden Störungen (die sich zusätzlich entwickelt haben) und den Folgeerkrankungen der autistischen Anpassungsstörung zu unterscheiden.

Meist beschreiben diese Diagnosen des Erwachsenenalters nur die aktuellen Störungsphänomene, also das was man sieht (Symptome), nicht aber die eigentlichen Ursachen, die bei Erwachsenen mit Autismus in der tief greifenden Entwicklungsstörung seit der frühen Kindheit liegen.

4.

Einen wesentlich strittigen Spielraum findet man dabei im Erwachsenenalter in der Abgrenzung zwischen Autismus-schizoider-schizotyper Persönlichkeitsstörung. Nach ICD-10 legt die klassifikatorische Sichtweise einen Ausschluss eines Asperger-Syndroms, einer schizotypen Störung u.ä. für die Feststellung einer schizoiden Persönlichkeitsstörung (F60.1) voraus; die der schizotypen Störung (F21) den Ausschluss eines Asperger-Syndroms und einer schizoiden Persönlichkeitsstörung.

Verhaltens-, Erlebens- und Denkweisen, insofern der Phänomenbereich decken (ähneln) sich aber in der Regel häufiger, auch bei der schizotypen Störung, die nach ICD-10 ätiopathogenetisch deutlicher gegenüber der schizoiden Persönlichkeitsstörung und der tief greifenden Entwicklungsstörung abgegrenzt wird, zudem im Symptombereich andere spezifische Phänomene des Wahrnehmens und Denkens offenbart.

Zumindest bezüglich der ursprünglichen Differenzierung zwischen der schizoiden Persönlichkeitsstörung und dem Autismus als tief greifenden Entwicklungsstörung gibt es in der neueren akademischen Diskussion eine andere Sichtweise...

Rössler, H. H. (2019). Neue Autismus-Theorien – Bedarf es noch des Schizoidie-Konzeptes? In: Damann, G. & Kernberg, O.F. (Hrsg.). Schizoidie und schizoide Persönlichkeitsstörung. Stuttgart. Kohlhammer.

..., welche insbesondere in möglichen Theorien der komputationalen Informationsverarbeitung (z. B. Predictive Coding) eher eine „Deckungsgleichheit“ dieser Störung

gen erkennen wollen. Insofern werden Konstitutionstheorien, Objektbeziehungs-theorien, Körpertheorien, Psychodynamische Theorien u.ä. in Bezug auf das Schizoidie-Konzept zumindest ergänzt und in einem Zusammenhang zur Autismus-Spektrum-Störung gebracht (angeborene Informations-Integrations-Störung).

## 1.5 Autismus im Alltagsverständnis

„Autismus“ assoziiert im sprachlichen Laienverständnis in der Regel „zurückgezogene Sonderlinge“, die menschliche Interaktion konsequent scheuen, merkwürdig erscheinen und mit ihrem Verhalten mehr oder weniger „auffällig ins Auge stechen“.

Dies sind in der Regel Vorstellungen von Autismus, denen naive Stereotypen (Erwartungsmuster) zugrunde liegen, wie ein Mensch sein muss, um ihn oder sie (meist handelt es sich um männliche Vertreter) als „autistisch“ zu identifizieren.

Erwartungsmuster dieser Art basieren auf subjektive Informationen und Bewertungseinstellungen. Der Laie bezieht seine Informationen in der Regel über Alltagsmedien, Filme oder Bücher, oder er hat einen Autisten schon einmal erlebt oder kennt einen. Klinisch nicht oder nur teilweise ausgebildete Berufsgruppen (zum Beispiel in Kitas, Schulen, Institutionen) haben in der Regel ein allgemeines Wissen zum Thema „Autismus“. Wir beobachten jedoch in der täglichen Arbeit, dass dieses Wissen rudimentär ist und kategorial an Stereotypen „festgemacht wird“, insofern spezifische individuelle Verhaltenserwartungen zu Schlüssen führen, ob man ein Kind/Jugendlichen für „autistisch“ hält oder nicht.

## 2. Autistisches-Spektrum

**Es gibt nicht „den Autisten“ oder „die Autistin“.**

In den letzten ca. 20 Jahren hat sich ein verändertes Verständnis von „Autismus“ etabliert, das vom seit Jahrzehnten bestehenden kategorialen Verständnis („typisches“ Erscheinungsbild von Autismus) deutlich abweicht. Auch in der geltenden Klassifikation von Krankheiten der WHO von 1998 (ICD-10) wird dieses kategoriale Verständnis von Frühkindlichem Autismus, Asperger-Syndrom, Atypischem Autismus, das aus den 40ern bis 80ern des vorigen Jahrhunderts stammt, noch angewendet, so dass selbst im medizinischen Sektor Missverständnisse vorkommen.

Modernere wissenschaftliche Erkenntnisse, die im Grunde auf die Selbsthilfebewegungen der Menschen im Autistischen-Spektrum zurückgehen, verstehen Erscheinung des „Autistischen Andersseins“ nicht mehr als abgrenzbare (zudem ausschließlich krankhafte) Kategorien, sondern als **Kontinuum** (fließende Übergänge) **vielfältiger individueller Variationen** und Qualitäten des Denkens, Erlebens und Verhaltens.

Man spricht im aktuellen Verständnis vom **Autistischen-Spektrum**.

Einem Verständnis, das glücklicherweise auch in die ICD-11 (hochwahrscheinlich ab 2022 geltend) aufgenommen wird. „Glücklicherweise“ deshalb, weil darauf basierend, sich hoffentlich und auch jenseits der Medizin ein Konsens zum Verständnis des Autistischen-Spektrums und der Autismus-Spektrum-Störung entwickelt.

Begleitet wurde dieser Paradigmenwandel in den letzten Jahren von neurobiologischen Forschungen, welche die Ursachen des Autistischen-Spektrums **neurokognitiv** verankert sehen, also in funktionellen und strukturellen Ursachen im „Gehirn“ und nicht als Ergebnis „falscher Erziehung“ oder primärer Umwelteinflüsse. Noch in den 60er-Jahren war man dieser Annahme. Ein prägender Begriff die „Kühlschrankmutter“, also Autismus als Folge mangelnder emotionaler Zuwendung.

Das Autistische-Spektrum an sich ist demnach eine individuell-neurobiologische Besonderheit und wird per se nicht als Krankheit oder Störung verstanden.

Der Begriff „neuroatypisch“ charakterisiert im Grunde nur ein anderes Funktionieren „der Gehirne“ von Menschen im Autistischen-Spektrum.

Wertungs- und stigmatisierungsfrei betrachtet ist „jeder Mensch so, wie er ist“.

Menschen, die im Autistischen-Spektrum sind, müssen insofern nicht zwangsläufig klinisch auffällig sein oder behandelt werden. Die autistischen Stärken des „Andersseins“ (anderes Wahrnehmen, Denken und Erleben), besonders im analytisch-formalen Denken und in der abstrakten Vorstellungskraft, haben manche Wissenschaftler, vor allem in exakten Wissenschaften wie Mathematik oder Physik, oder anderen Naturwissenschaften, der künstlerische Bereich soll hier nicht vergessen werden, zur Bekanntheit verholfen, egal wie geschickt oder ungeschickt sie sich sozial verhalten oder verhalten haben.

### 3. Autismus-Spektrum-Störung

1.

Zur Störung werden neurobiologisch bedingte Wahrnehmungen, Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen im Autistischen-Spektrum erst, wenn sie von normativen Erwartungen oder Forderungen abweichen, welche (statistisch-normative Mehrheit) von „neurotypischen“ Menschen (solche, die nicht im Autistischen-Spektrum sind) festgelegt werden. In der Regel betrifft dies die sogenannten sekundären Sozialisationsmilieus wie Kita, Schule/Studium, Beruf. Zu Störungen kann es aber auch in der Familie und in Partnerschaften kommen.

Störung kann einem Menschen im Autistisches-Spektrum von außen zugeschrieben werden, sein Verhalten wird „störend“ empfunden.

Nicht wenige Menschen im Autistischen-Spektrum erleben sich aber oft selber hilflos und überfordert in der sozialen Kommunikation, erleben ihr Verhalten „irgendwie falsch“, wissen aber nicht, wie sie das ändern können und entwickeln so ein subjektives Empfinden individuellen Gestörtseins.

Beschrieben wird dies, meist bei jugendlichen und erwachsenen Menschen im Autistischen-Spektrum, häufig damit, dass man (hilflos) registriert in „soziale Fettnäpfe“ zu

treten. Man kann aber keinen Lerngewinn generieren. Meist betrifft dies den „offensiven Typus“. Dieses subjektive Empfinden entsteht im Entwicklungsverlauf häufiger mit Beginn der „Pubertät“, als Ergebnis einer „reiferen“ Verarbeitungs- und Denkfähigkeit und einer damit verbundenen „Öffnung für die Außenwelt“.

Als **Autismus-Spektrum-Störung** versteht man demnach eine Diskrepanz zwischen den individuellen Besonderheiten eines konkreten Menschen im Autistischen-Spektrum und den normativen Anforderungen der sozialen Umwelt (Gesellschaft). Autismus-Spektrum-Störungen sind **Anpassungsstörungen** an unterschiedliche soziale und Leistungsanforderungen, die in der Regel an unterschiedliche Entwicklungsaufgaben im Lebensverlauf gebunden sind (Kita, Schule, Beruf). Ein Autistisches-Spektrum kann als Anpassungsstörung insofern auch erst zum Beispiel im Erwachsenenalter zutage treten.

Diese **mangelnde Passung** des Denkens, Erlebens und Verhaltens im Autistischen-Spektrum mit sozialen Gepflogenheiten, gesellschaftlichen Anforderungen vor allem in der **sozial-emotionalen Kommunikation** macht eine Autismus-Spektrum-Störung aus.

2.

Schwere der Anpassungsstörung, ein Blick aus zwei Perspektiven

Eine Autismus-Spektrum-Störung bedeutet per se nicht eine „milde Form“ des Autismus, wie dies meist bei der sozialgesetzlichen o.a. institutionellen Bewertung verstanden wird und Folgen für die Unterstützung und Förderung (Eingliederungshilfen, berufliche und gesellschaftliche Teilhabe, Nachteilsausgleiche) hat.

Die **Schwere der Anpassungsstörung** wird in der Regel zuvorderst durch die Qualität und Quantität der **Anforderungen** im sozialen Bereich und/oder im Leistungsbereich definiert, die mit den **individuellen Besonderheiten im Autistischen-Spektrum** (im Wahrnehmen, Denken, Erleben und Verhalten) bewältigt werden müssen.

Dies kann bereits beim Kleinkind die Interaktion mit den Bezugspersonen betreffen und den Verlauf der frühen Bindungsentwicklung beeinflussen, in späteren Entwicklungsfenstern dann zum Beispiel die sozialen Interaktionen und Leistungserbringung in Kita, Schule, Ausbildung/Studium, Beruf oder die Gestaltung von Partnerschaften.

Insofern variiert die Schwere der Anpassungsstörung im Lebensverlauf auch. Da das neurokognitive Ursachengefüge sich nicht ändert, ist diese Variation vor allem abhängig von den äußeren Einflüssen: a. den konkreten Anforderungen und b. insbesondere den Menschen, welche den Lebensweg von Menschen im Autistischen-Spektrum verantwortlich begleiten (zum Beispiel Erzieher, Lehrer).

Hier erleben wir oft eine Art paradoxen Effekt: Ist das „Autistische“ offensichtlicher, wird dies insbesondere von Pädagogen deutlich „besser“ reguliert (mehr Toleranz und Verständnis). Erwartete Probleme wie zum Beispiel aus der Kita-Pädagogik in die Beschulung „lösen sich irgendwie auf“. Individuelle Besonderheiten im Autistischen-Spektrum, die nicht offensichtlich sind, werden dementsprechend weniger toleriert und recht schnell mit Disziplinlosigkeit, Motivationslosigkeit und falscher Erziehung interpretiert.

Auch wenn das neurokognitive Ursachengefüge für eine Autismus-Spektrum-Störung derzeit als gegeben und unveränderbar verstanden wird, kommt es in nicht wenigen Fällen zu Veränderungen des autistischen Wahrnehmens, Denkens, Erlebens und Verhaltens im biographischen Verlauf. Meist wird dies, auch in Abhängigkeit von der Förderbedingungen, über eine analytische Selbst- und Situationsreflexionsfähigkeit vermittelt, die durch intellektuelle Fähigkeiten generiert werden. Je besser die intellektuellen Fähigkeiten sind, wenn man erkennt, was sozial gefordert ist (oder „sich gehört“), umso besser können kompensatorische Strategien entwickelt werden. Oft sind diese Formen von Anpassungsstrategien (folgt man den biographischen Berichten von Menschen im Autistischen-Spektrum) mit einem starken subjektiven Erleben von Stress verbunden, da sich die kompensatorischen Strategien nicht automatisieren und hochwahrscheinlich immer wieder neu abgerufen werden müssen.

#### 4. Autismus-Spektrum-Störung und das medizinische Krankheitsmodell

1.

Aus medizinischer Perspektive wird die Autismus-Spektrum-Störung in allen seinen Varianten im Autistischen-Spektrum prinzipiell als Krankheit oder Störung verstanden. Gegen diesen Ansatz wehren sich viele, vor allem erwachsene Menschen mit einem Autistischen-Spektrum. Auch im sozialpädagogischen Verständnis „eckt“ dieses „defizitorientierte Modell“ an, was aber eine sehr eingeschränkte (nicht alle Faktoren beachtende) Denkweise darstellt, da es den bio-psycho-sozialen Zugang, der in der modernen Medizin für psychosoziale Störungen zugrunde gelegt wird, nicht beachtet.

Im sozialgesetzlichen Verständnis, aber und auch in schul- und arbeitsgesetzlichen Regelungen, welche die gesellschaftliche und berufliche Eingliederung (hier im sehr allgemeinen Verständnis) von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung regeln, sind klinisch nachgewiesene Störungen (hier als seelische Behinderung verstanden) unumgänglich. Das Paradoxe daran: Obwohl man hinlänglich von „Inklusion“ von Menschen mit Behinderung spricht, ist erst eine Exklusion erforderlich, um daraus folgend „inkludiert“ oder integriert zu werden.

Insofern ist der medizinische Denkduktus (das medizinische Krankheitsmodell) eine notwendige Grundlage für folgend notwendige Maßnahmen in Ermangelung an Anpassungsfähigkeit, zum Beispiel der Teilhabe von Menschen im Autistischen-Spektrum am gesellschaftlichen und beruflichen Leben, Eingliederungshilfen, Frühförderung, Integrative Erziehung, Assistenzen u.ä.

2.

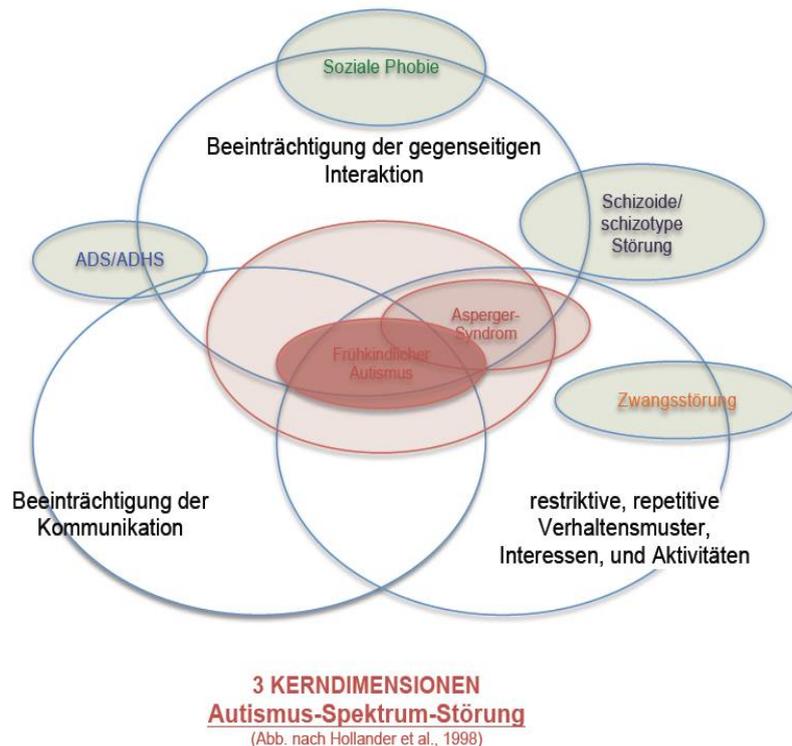
Im klinisch-medizinischen Verständnis werden die Phänomene der Autismus-Spektrum-Störung mit dem Konstrukt **Autistisches Syndrom** erfasst. Es handelt sich dabei um eine deskriptive Erfassung (Beschreibung eines spezifischen, beobachtbaren Verhaltens).

Maßgeblich für dieses Autistische Syndrom ist es, dass es sich um **ein lebensgeschichtlich durchgängiges Muster von typischen Beeinträchtigungen in definierten Funktionsbereichen** handeln muss, also eine zeitliche Linie von mehr oder weniger „auffälliger“ Eigenheiten im Verhalten, welche bereits seit der (frühen) Kindheit beobachtbar sind.

In der Regel ändern sich diese „Eigenheiten“ im lebensgeschichtlichen Verlauf. Ein Autistisches Syndrom im Kindes- und Jugendalter zeigt sich in wesentlich anderen Symptomen als im Erwachsenenalter.

Der klassifikatorische Begriff der „tief greifenden Entwicklungsstörung“ (nach ICD-10) bezieht sich auf diese zeitliche Dimension, aber auch auf die Schwere und den Umfang der damit verbundenen Anpassungsstörungen.

Das Autistische Syndrom gliedert sich in Bereiche von „typischen“ Kernstörungen (Kerndimensionen) im Kontext einer Autismus-Spektrum-Störung:



3.

### **Autistisches Syndrom:**

#### Qualitative Beeinträchtigungen der gegenseitigen sozialen Interaktion

- Beeinträchtigung der Fähigkeit, soziale Interaktion durch nichtverbales Wahrnehmen und Verhalten zu regulieren (eigene Person: Blickkontakt, soziales Lächeln; andere Personen: Erkennen und Deuten der nonverbalen Symbolik - Mimik, Gestik, Prosodik anderer Menschen)
- Schwierigkeiten, Beziehungen zu Menschen (bei Kindern und Jugendlichen in der Regel zu Gleichaltrigen, aber auch Erwachsenen) aufrechtzuerhalten oder einzugehen
- Mangel an geteilter Aufmerksamkeit und/oder Freude, mit anderen zu teilen

- Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit – Mangel an Empathiefähigkeit („Gefühlskälte“, Mangel an „Reue“, Mangel an „sittlichem Gespür“ und Mitgefühl)
- Ausrichtung der Aufmerksamkeit in der Interaktion eher nicht auf emotionale Aspekte, sondern auf Sachverhalte, Objekte, Tatsachen, Fakten

### Qualitative Beeinträchtigungen der Kommunikation und Sprache

- eingeschränkte Sprachkompetenz (meist minimalistisch-pragmatisch, Reduktion auf das Nötigste), nicht selten idiosynkratisch (eigene Wortwelt)
- bei hochfunktionierenden Formen von frühkindlichem Autismus und Asperger-Syndrom kaum sprachliche Einschränkungen im Wortvolumen
- häufig qualitative Auffälligkeiten in der Sprache (Stimmhöhe, Betonung, Lautstärke, Prosodik - Stimmmelodie)
- eingeschränkte Sprachkompetenz wird häufig nicht durch mimische, gestische oder imitative Fähigkeiten kompensiert
- bei frühkindlichem Autismus häufig: Sprache ist stereotypen, repetitiven, idiosynkratischen Charakters (sich wiederholende eigenartige Sprache), Echolalie können vorkommen (Wortwiederholung des Gegenübers); Wortneubildungen, Verwechslung der Personalpronomen sind nicht selten; nicht unhäufig besteht keine verbale Kommunikation oder nur mit „ausgewählten“ Personen (averbale oder minimal verbale Form der Autismus-Spektrum-Störung genannt)

Fälschlicherweise wird dies oft mit „Mutismus“ verwechselt. Bei einem Mutismus handelt es sich um eine emotional bedingte Störung des Sprechens (zum Beispiel nach einem Trauma). Die Autismus-Spektrum-Störung ist neurokognitiv (hier phonetische Informationsverarbeitung, phonetisches Monitoring) bedingt.

- beim Asperger-Syndrom: übergenaues, erwachsenanmutendes, manchmal eigenartiges (idiosynkratisches) Sprechen („Klugscheißer“, oder nach Hans Asperger: kleine Professoren)
- Störung der Imitationsfähigkeit (so tun als ob), insofern als Kind keine oder kaum Rollenspiele, meist Sach- und Ordnungsspiele gespielt werden
- autismusbedingte sprachliche Besonderheiten und Defizite werden häufig durch besondere Verhaltensweisen ersatzweise reguliert, kontrolliert und kompensiert, so dass in der Kommunikation häufig eine vermeintlich ausgeprägte egoistische Dominanz, Renitenz, provokativ Herausforderndes o.ä. vermittelt wird

### Eingeschränktes und stereotypes, sich wiederholendes (repetitives) Repertoire von Interessen, Aktivitäten und Verhaltensweisen

- anhaltende, sich wiederholende und intensive Beschäftigung mit bestimmten hoch subjektiven Handlungen, Objekten und Themen, die mit einer besonderen Wahrnehmung der Umwelt einhergehen (umschriebene Interessen, Beschäftigen mit Teilobjekten)
- dabei häufig: den Sachen auf den Grund gehen, wie zum Beispiel:

- Demontage von elektrischen Geräten
- Erkundung von Dingen: Wie fließt Wasser? Wie wirkt Strom? (Eigen- und Fremdgefährdung)
- bei frühkindlichem Autismus: Beschäftigen mit sensorischen Teilobjekten - riechen, schmecken, tasten, zum Beispiel den Körper anderer Menschen (normative Grenzüberschreitungen)
- manchmal zwangsähnliche Kontrollhandlungen, auch müssen Dinge exakt liegen oder stehen (ihre Ordnung haben), Veränderungen irritieren und werden mit starkem Aufbegehren revidiert bzw. beibehalten
- Sammeln und Ordnen von (zum Teil ungewöhnlichen) Gegenständen
- Bestehen auf Gleichförmigkeit, Routinen und Rituale im Alltag und bei Alltagsanforderungen: im Tagesablauf (zu Hause und zum Beispiel in Kita oder Schule); bei Sachen, die zum Beispiel Kleidung, Nahrungsaufnahme, Spielhandlungen betreffen; Abweichungen oder unerwartete Änderungen führen zu affektiven Anspannungen, zu aggressiver Abwehr oder Rückzug und Verweigerung
- motorische Manierismen (merkwürdige Bewegungsabläufe der Extremitäten, manchmal Flattern der Hände, rhythmisches Schaukeln des Körpers und andere motorische Eigenarten)
- teilweise motorische oder/und akustische Tics
- beim Asperger-Syndrom: auch altersprogressive Handlungen und Sonderinteressen, häufig naturwissenschaftliche, mathematische oder lexikale Inhalte (Savant-Phänomene)

In der moderneren Literatur wird auch die Exekutive Dysfunktion zum Autistischen Syndrom gezählt.

Bei den Exekutiven Funktionen handelt es sich um neurokognitiv generierte und komplexe Funktionen, denen man die zentrale und komplexe Verhaltenssteuerung eines Menschen zuschreibt. Dazu zählen:

- die kognitive Flexibilität in der Handlungsplanung (planvolles, antizipierendes Handeln),
- das Reizmanagement mit Inhibition (Unterdrückungsfähigkeit) von Reizen und „Switching“ (Reizwechsel),
- die Emotions- und Motivationsregulation (Inhibitionsleistung der Bedürfnissteuerung, Mangel an Bedürfnisaufschub).

Es betrifft insofern die komplexe Selbst- und Handlungsplanung, die Steuerung des eigenen Verhaltens in sozialen Situationen, aber auch in Lern- und Leistungsanforderungen.

Ein Mangel an Selbst- und Handlungsorganisation kann sich auf:

- Lernprozesse (Desorganisation: Wie lerne ich?),

- zeitliche Rahmenbedingungen (Verlangsamung bei Leistungserbringung),
- Alltagsanforderungen (Desorganisation: Wo muss ich hin? Was muss ich tun?),
- situative Handlungssteuerung (Impulsivität)

auswirken.

Diese hier benannten Besonderheiten sind lediglich mögliche Beispiele, denn wie bereits geschrieben:

**Es gibt nicht „den Autisten“ oder „die Autistin“.**

Insofern variieren die Beeinträchtigungen individuell sehr hoch und es müssen gegebenenfalls nicht alle möglichen Ausprägungen vorhanden (erfüllt) sein, um ein Autistisches Syndrom festzustellen.

4.

Beispiele für das Autistische Syndrom in einer möglichen Variationsbreite der Qualitativen Beeinträchtigungen in der gegenseitigen sozialen Interaktion

Das Autistische-Spektrum und die Autismus-Spektrum-Störung lassen sich im Verständnis eines **Kontinuums** in verschiedensten Variationen erleben, die in quasi gegensätzlichen Ausprägungen von passiven Varianten bis hin zu offensiven Varianten reichen können, dazu illustrativ:

Die **passiv-vermeidende Verhaltensvariante** (der Eigenbrötler, Einzelgänger) weicht sozialen Kontakten aus, vermeidet, so gut es geht, Menschen oder/und deren Ansammlungen, beteiligt sich nicht oder nur selten an sozialen Interaktionen. Das Verhalten erscheint merkwürdig, diese Variante lebt offensichtlich in „einer eigenen, anderen Welt“, häufig wird auch Blick- und Körperkontakt gemieden. Ein Interesse an sozialen Kontakten besteht in der Regel nicht. Auch tritt häufiger ein passives Vermeidungs- oder Ausweichverhalten in Anforderungssituationen (zum Beispiel Schule) auf. Die sprachliche Aktivität ist reduziert, minimalistisch, oft gibt es eine auffallende Prosodie. Das Verhalten ist zwar passiv, aber mit deutlich egozentrisch und teilweise auch rücksichtsloser Note (Mangel an Empathie). Bei sozialer und leistungsorientierter Überforderung kann es zu aggressiven Abwehrverhalten oder noch stärkerem Rückzug kommen.

Diese Variante ist im laienhaften Erwartungsmodus die eher „klassische Version“ eines Autisten. Kinder dieser Variante werden in der Regel früher erkannt, ein „Autismus“ ist oft unstrittiger. Häufiger werden sie zu Objekten von Mobbing.

Die **offensiv-penetrante Variante** (der „renitente Störer“) sucht mitunter aktiv die soziale Interaktion, meist aber nur dann, wenn es den eigenen Bedürfnissen/Interessen entspricht. Auch Blickkontakte gehören mehr oder weniger dazu. Verhaltensnormen werden jedoch nicht oder kaum eingehalten. Ansammlungen, wie zum Beispiel Kindergruppen oder Klassenverbände werden nicht gemieden, jedoch dominiert ein egozentrisches Verhalten. Schnell wird das Konstrukt von Freund oder Freundin verwendet, meist ist dies jedoch allein interessengeneriert und kurzlebig. Die autistischen Besonderheiten führen oft zu rücksichtslosen, normbrechenden Verhaltensweisen. Sie erscheinen disziplinos, störend, renitent oder herausfordernd im Verhalten.

Meist besteht eine zusätzlich Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung, insofern aggressive Impulsivität und Hyperaktivität nicht selten sind (weiter unten in diesem Text).

Der „Klugscheißer“ (meist in Verbindung mit „guter“ intellektueller Ausstattung), auch egozentrisch (scheinbar mittelpunktstrebend) anmutend, ist sprachgewandt (auch hier ist die Prosodik, die Sprachmelodie häufig „anders“). Diese Variante stellt u.a. die Dinge des Alltags, den Lernstoff, die Lehrer in Frage, neigt im späteren Schulalter zu ausschweifender Rhetorik im gegenwärtigen Interessengebiet, misst seiner Meinung eine hohe (und uneinsichtige) Bedeutung bei, egal ob diese gefragt oder nicht gefragt ist, erscheint „penetrant“ in der Vertretung seiner Sichtweisen. Diese Variante erbringt in der Regel schulisch in mathematischen oder/und naturwissenschaftlichen Fächern gute Leistungen. Leistungen mit emotionalen Bezügen, eine angemessene Empathie in sozialen Interaktionen sind demgegenüber nicht oder nur mäßig vorhanden.

Diese Variante wird im laienhaften Erwartungsmodus seltener als „Autist“ erkannt, ob des Verhaltens erfolgt oft auch Ausgrenzung.

5.

#### Primärer und sekundärer Autismus

Man unterscheidet im klinischen Verständnis die **neurokognitiv** bedingte Autismus-Spektrum-Störung in eine primäre und eine sekundäre Autismus-Spektrum-Störung unterscheidet.

Der statistisch eindeutig häufigere **primäre Autismus** wird als idiopathisch (ohne erkennbaren Grund) bezeichnet. Hierzu zählt auch eine überzufällig häufige Vererbbarkeit. Um nochmals auf das o. g. allgemeine Verständnis des Autistischen-Spektrums zu kommen, besteht diese Form der primären **Autismus-Spektrum-Störung** von Geburt an ein Leben lang und beschreibt insofern das, was man als „typischen“ Autismus versteht.

Seltener ist der **sekundäre Autismus**. Ein Autistisches Syndrom kann in Folge von Erkrankungen oder/und Funktionsstörungen des Gehirns, die zu jedem Zeitpunkt im biographischen Verlauf eines jeden Menschen auftreten. Schwere Störungen in der Schwangerschaft, während der Geburt, welche die embryonale und fetale Gehirnentwicklung beeinflussen, vor allem aber Verletzungen des Gehirns zum Beispiel durch einen Unfall, Tumoren des Gehirns, Durchblutungsstörungen des Gehirns, auch Stoffwechselstörungen des Körpers, welche auf das Gehirn wirken u.a. können Ursachen für einen sekundären Autismus sein.

6.

#### Autismus und Intelligenzminderung

Bei ca. 65 Prozent der Intelligenzminderungen findet man komorbid (zusätzlich) ein Autistisches Syndrom. Die Intelligenzminderung, die als neuronale Entwicklungsstörung gilt, legt einen höheren neurokognitiven Zusammenhang zur Autismus-Spektrum-Störung nahe. Wie bereits prozentual dargestellt, muss nicht bei jedem Menschen mit einer Intelligenzminderung auch eine Autismus-Spektrum-Störung vorliegen. In der Regel betrifft dies stärkere Formen der Intelligenzminderung, insofern die

daraus entstehenden autistischen Verhaltensweisen eine komplexe neuronale Störung zum Ausdruck bringen, die es erschwert ein komorbides Autistisches Syndrom zu erkennen.

7.

#### Autismus und Sinnesstörungen

Bei ca. 6 Prozent der sehbehinderten Menschen und ca. 8 Prozent der Menschen mit einer Hörbehinderung wurde ein Autistisches Syndrom festgestellt. Diese Wahrnehmungsstörungen beeinflussen zweifelsfrei eine adäquate Interaktion mit der Umwelt. Nicht geklärt ist es häufig, ob diese sinnlichen Wahrnehmungsstörungen die Ursache für ein Autistisches Syndrom sind, vor allem, wenn sie sehr früh in der Entwicklung auftreten und basale Leistungen des Austausches mit der Umwelt beeinflussen oder ob diese komorbid (zusätzlich) bestehen. Insofern ist die Eintrittszeit dieser Störungen und die Schwere der sinnlichen Wahrnehmungsstörung ein wesentliches Trennkriterium.

8.

#### Autismus und neurologische Erkrankungen

Man schätzt die Komorbidität (zusätzliche Erkrankung) von Epilepsie und Autistischem Syndrom in unterschiedlichen Untersuchungen zwischen 15 – 24 Prozent.

Auch gibt es komorbid einen korrelierenden (empirisch gesicherten) Zusammenhang zwischen neurologisch unterschiedlich verursachten zerebral-motorischen Störungen (in der Regel Lähmungen) mit dem Autistischen Syndrom, in unterschiedlichen Untersuchungen zwischen 5 – 10 Prozent. In der klinischen Praxis, insofern nicht empirisch gesichert, trifft man gelegentlich auf Menschen, die nach der Geburt einen Hydrozephalus (im Volksmund „Wasserkopf“), mit entsprechenden Ableitungen versorgt, hatten und oft in Verbindung mit noch dezent bestehenden motorischen Störungen (in der Regel motorische Tonusstörungen, periphere Paresen: schlaffe Lähmungen der Extremitäten) auch ein Autistisches Syndrom aufweisen.

Beim als angeboren geltenden, eher neurologisch verursachten Tourette-Syndrom tritt das Autistische Syndrom in unterschiedlichen Untersuchungen zwischen 12 – 15 Prozent.

9.

#### Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung und Autismus-Spektrum-Störung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung in ihrer Bandbreite wird nach ICD-10 den Verhaltens- und emotionalen Störungen des Kindes- und Jugendalters zugerechnet. Neuere wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass die Ursachen der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung neurokognitiv bedingt sind und die benannten Verhaltensstörungen lediglich den beobachtbaren, mehr oder weniger störenden Phänomenbereich bilden.

Diese neueren wissenschaftlichen Erkenntnisse legen einen Zusammenhang der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen zur o.g. Exekutiven Dysfunktion nahe (siehe Autistisches Syndrom), insofern beide als neurokognitive Störungen gelten. Derzeit tendiert man dazu, eine Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung, hier

in der Regel vom sogenannten Mischtypus (Unaufmerksamkeit, Impulsivität, Hyperaktivität - ADHS) als eine Art „Spitze des Eisberges“ der Exekutiven Dysfunktion zu verstehen. Zum ursächlichen Zusammenhang besteht aber noch eine rege akademische Diskussion. In unterschiedlichen Untersuchungen wird ein komorbider Zusammenhang zwischen ADHS und Autismus-Spektrum-Störung von zwischen 41 – 70 Prozent festgestellt. Dieser ist vergleichsweise sehr hoch. In der Praxis (insofern nicht empirisch gesichert) findet man aber häufig auch den Zusammenhang der Autismus-Spektrum-Störung zur Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung vom Unaufmerksamen Typus (ADS). Ein Grund dafür, dass ADS-Betroffene weniger in diesem Zusammenhang untersucht wurden, kann sein, dass die stillen, ablenkbaren „Träumer“ weniger auffallen.

Wiederum in der Praxis anzutreffen ein Phänomen: Eine umschriebene und isolierte Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung reagiert häufig sehr gut auf medikamentöse Behandlungen. In der Kombination Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung und Autismus-Spektrum-Störung „schlagen“ Medikamente häufig kaum an.

10.

Autismus und andere komorbide Störungen, vor allem (auch) im Kindes- und Jugendalter

Wie in der oben dargestellten Graphik von Hollander et al, 1998 nachvollziehbar, ist das KONTINUUM der Autismus-Spektrum-Störung, in dieser illustrierenden Darstellung „angedeutet“, auch „an anderen Rändern“ in vielfältige Störungen „auslaufend“, insofern sich hier ebenfalls komorbide Zusammenhänge darstellen lassen und wiederum in unterschiedlichen Untersuchungen wie folgt prozentual erfasst werden:

Mentale und Verhaltensstörungen

- Ängste 27 - 62 Prozent
- Zwänge 8 - 37 Prozent
- Depressionen 9 - 13 Prozent
- Tic-Störungen 19 Prozent
- Soziale Verhaltensstörungen (in der Regel oppositionelles und herausforderndes Verhalten) 7 - 23 Prozent
- Selbstverletzendes Verhalten 49 Prozent
- Pathological Demand Avoidance Syndrom:

Nicht umfassend untersucht und demzufolge nicht prozentual erfasst ist das nicht häufig vorkommende komorbide Pathological Demand Avoidance Syndrom (Gilberg, 2013 - PDAS), ein „krankhaftes“, weil ausgeprägtes Verweigern und Vermeiden von Anforderungen des Alltages, oft mit explosiven Verhaltensweisen. Der Unterschied zu Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung ist, dass Kinder mit einem Pathological Demand Avoidance Syndrom u.a. durchaus soziale Kompetenzen besitzen, als Kind auch Rollenspiele spielen, insofern eine Imitationsfähigkeit entwickelt ist und ein soziales Interesse (oft mit obsessiver Ausprägung auf bestimmte Personen) besteht.

Andere medizinische Störungen

- Psychosomatische Störungen (vor allem Magen-Darm-Bereich) 3 - 62 Prozent

- Schlafstörungen 61 Prozent
- Häufig findet sich ein Zusammenhang der „späteren“ Schlafstörungen zu sogenannten frühen Regulationsstörungen (Schreibabys, frühe Schlaf-Rhythmus-Störungen als Säugling).

## 5. Neuropsychologische Theorien

Das „Verstehen“ der Autismus-Spektrum-Störungen gelingt nicht, wenn man lediglich das offensichtlich beobachtbare Verhalten zum Bewertungsmaßstab macht. Erst mit einem Wissen um die Ursachen und Wirkmechanismen erschließt sich die Welt des Autistischen-Spektrums und der Autismus-Spektrum-Störung.

Die **Autismus-Spektrum-Störung** wird als **neurobiologisch bedingte Störung** verstanden, insofern (sehr vereinfacht formuliert) eine „Besonderheit“ der neuronalen Vernetzung, der Reizaufnahme bzw. Reizleitung angenommen wird, die bei Menschen ohne ein Autistisches-Spektrum nicht vorhanden ist.

Um diese neurobiologischen Besonderheiten zu verstehen, werden **neuropsychologische Hypothesen (Theorien)** gebildet, welche versuchen, die Komplexität neuronaler Vernetzung (Konnektivität) und deren Funktionsbildung abzubilden und daraus das Verhalten zu erklären.

Es handelt sich um Modelle, die, wie die Vergangenheit wissenschaftlicher Forschung auf diesem Gebiet zeigt, immer wieder durch neue Modelle ergänzt werden.

Um dies in der Kürze dieses Informationsmaterials darzustellen, soll diese Abbildung, sehr vereinfacht, die Hierarchien von neuronal generierten Funktionsebenen darstellen:

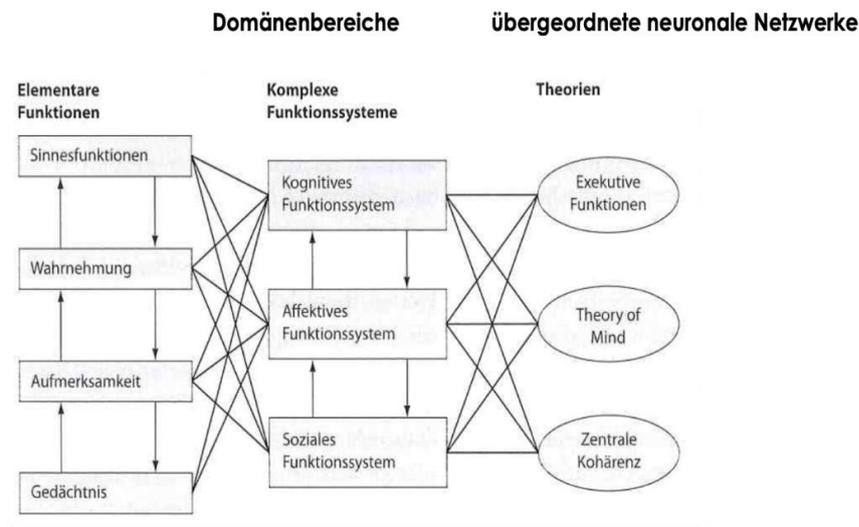


Abbildung: Remschmidt & Kamp-Becker, 2006, S. 52

Kurze Erläuterung zur Abbildung:

Unter Kognition werden alle „seelischen Prozesse“ zusammengefasst, welche das Wahrnehmen, Erkennen und Denken betreffen.

Im Kern werden Informationsverarbeitungsabläufe beschrieben, welche sich im Gehirn - Neuronen und deren Netzwerke und Verbindungen – abspielen. Dabei unterscheidet man nach aktueller Lesart (siehe Abbildung) in:

übergeordnete neurokognitive Systeme (zentrale und komplexe neuronale Strukturen: Neuronen und deren biochemische und bioelektrische Prozesse), welche

umschriebene kognitive, soziale und emotionale Netzwerke bzw. Funktionssysteme steuern, die man als Domänen bezeichnet.

Die Vernetzungseigenart oder Vernetzungsbereitschaft des Gehirns wird als Konnektivität bezeichnet.

Unter Plastizität neuronaler Strukturen versteht man die „Anpassungsleistung“ neuronaler Strukturen an sich verändernder Umweltreize, eine neuronale Anpassungsbereitschaft (eine Art grundlegender Lernbereitschaft) des Gehirns, welche im direkten Austausch mit der Umwelt über die elementaren Funktionen realisiert wird.

Dieses verhaltenssteuernde neuronale System „funktioniert“ bei Menschen im Autistischen-Spektrum anders (neuroatypisch) als bei Menschen, die nicht im Autistischen-Spektrum sind (neurotypisch), wobei man den übergeordneten neuronalen Netzwerken eine besondere Bedeutung zuschreibt:

### → Beeinträchtigung der Spiegelungsfähigkeiten

1.

#### Autismus-Spektrum-Störung und Besonderheiten der „Theory of Mind“

„**Theory of Mind**“ (ToM) bedeutet sehr frei interpretiert: die neurokognitiv vermittelte Fähigkeit, eigene (innere) Theorien über den Befindlichkeitszustand anderer Menschen bilden zu können (Perspektivübernahmefähigkeit).

- Ich kann mir vorstellen, wie es dem Anderen geht.

Diese ToM-Fähigkeit wird, entwicklungsnormativ gedacht, bereits ab einem Alter zwischen circa 3 bis 6 Jahren entwickelt. Eine Spiegelung der Befindlichkeiten anderer Menschen (Perspektivübernahme) wird in dieser jungen Altersspanne auch durch Imitation realisiert. Kinder im Autistischen-Spektrum haben, wie oben beim Autistischen Syndrom benannt, häufig auch Beeinträchtigungen der Imitationsfähigkeit, insofern werden im Kindesalter keine/wenig Rollenspiele gespielt, sondern Sach- und Ordnungsspiele bevorzugt (siehe weiter unten Schwache Zentrale Kohärenz).

Der Mensch ist ein soziales Wesen, das Gehirn mit seinen vielfältigen Funktionen aber im Grunde auch ein „soziales Organ“.

ToM ist eine wesentliche Grundlage für die soziale Interaktion, in der das Individuum sein Verhalten an der sozialen Gruppe ausrichtet, um Teil einer Gruppe sein zu können.

Folgt man diesem theoretischen Ansatz, ist eine Beeinträchtigung der ToM eines der wesentlichen Grundprobleme von Menschen im Autistischen-Spektrum, egal ob im Kindes-, Jugend- oder Erwachsenenalter.

Im Kern fehlt Menschen im Autistischen-Spektrum das sozio-emotionale Feingefühl (sittliches Gespür) in sozialen Interaktionen, was den „Autismus“, ... (auto lat.: selbst) **auf sich selbst gerichtet sein**, im eigentlichen Sinne ausmacht.

Insofern ist der damit verbundene „autistische Egozentrismus“ nicht das Ergebnis motivationaler (absichtlicher) Einflüsse, sondern das „Produkt“ einer neuronal bedingten spezifischen anderen Wahrnehmung und Reizverarbeitung.

2.

In der modernen Literatur wird für ToM häufiger die komplexere **Theorie der Mentalisierung** verwendet:

Mentalisierungsfähigkeit als komplexer neurokognitiver Informationsverarbeitungsprozess bedeutet: Einstellungen, Absichten, Motive, aber auch Gefühle der eigenen Person und analoge Befindlichkeiten anderer Menschen situationsangemessen sozial-kognitiv zu verarbeiten, das heißt:

- wahrzunehmen,
- sinnhaft zu interpretieren,
- darüber nachzudenken,
- und danach das eigene Denken und Verhalten auszurichten.

Die Theorie der Mentalisierungsstörung erweitert die Annahmen der ToM, indem es komplexe Fähigkeiten der Selbstreflexion und der Fremdrelexion verbindet.

Gelingt die Mentalisierung nicht oder nicht situationsadäquat (Mentalisierungsstörung/Mindblindness), führt dies zu Interaktionsstörungen.

### Das Konstrukt der Mentalisierungsstörung aus verschiedenen Perspektiven

„Außensicht“ (Fremdrelexion)

Eine subjektive Theorie über den Zustand (zum Beispiel den emotionalen) anderer Personen bilden, reflektieren und verbalisieren zu können und darauf (in der Interaktion mit Anderen) angemessen (sozialen Erwartungen gemäß) zu reagieren.

Gelingt dies nicht, sind Egozentrismus, soziale Rücksichtslosigkeit, Mängel an Mitgefühl und Empathie die Folgen. In „leichteren“ Variationen im Autistischen-Spektrum stehen Hilf- und Ratlosigkeit (Überforderung) im Vordergrund.

Fremdrelexionsfähigkeit ist assoziiert mit dem Erleben, wie geht es dem Anderen, wie fühlt sich dieser?

## „Innensicht“ (Selbstreflexion)

Den eigenen Zustand, zum Beispiel die eigenen Kognitionen, auch die eigene Emotionalität in der Interaktion abbilden, reflektieren und verbalisieren zu können.

In der Fachliteratur wird der Mangel an emotionaler Selbstreflexion meist als Alexithymie bezeichnet (die Unfähigkeit, eigene Gefühle wahrzunehmen, „zu lesen“, Gefühlsblindheit). Diese Begrifflichkeit ist traditionell eher in der Psychosomatik verankert und wird dort eher mit emotional verursachten Mängeln (biographisch bedingt, oft bindungstheoretisch oder psychodynamisch gemeint) in einen Zusammenhang gebracht.

Selbstreflexionsfähigkeit ist assoziiert mit dem Erleben: Wie geht es mir, wie fühle ich mich?

Im Verständnis vielfältiger Variationsmöglichkeiten der Autismus-Spektrum-Störungen kann man in der Praxis auch für die Mentalisierungsstörung eine Bandbreite an Denk- und Erlebensweisen feststellen, die sich (sehr vereinfacht dargestellt) zwischen Qualitäten bewegt:

### Reflexionsvariante 1:

Die Selbstreflexionsfähigkeit und die Fremdrelexionsfähigkeit sind gleichermaßen oder ähnlich beeinträchtigt.

Bei dieser Variante erlebt man in der Interaktion häufiger ein mangelndes Mitgefühl (Mangel an Empathie) und eine emotionale Gleichgültigkeit (keine Gefühlsreaktion, Gefühlskälte o.ä.).

Es entsteht scheinbar kein eigener Leidens- und Veränderungsdruck ob der möglichen Interaktionsstörungen, innere und äußere Diskrepanzen werden nicht mentalisiert. Stressreaktionen erfolgen in der Regel „nur“ bei sozialen Reizüberflutungen.

### Reflexionsvariante 2:

Die Selbstreflexionsfähigkeit ist, relational betrachtet, nicht so stark beeinträchtigt wie die Fremdrelexionsfähigkeit, in jedem Fall aber „besser“.

Bei dieser Variante erlebt man in der Interaktion zwar ein mangelndes Mitgefühl (Mangel an Empathie), eine gestörte Interaktion, jedoch einen eigenen Leidens- und Veränderungsdruck, ein eigenes emotionales Reagieren auf die Interaktionsstörungen, gleichwohl ein hilfloses Bemühen, den eigenen Zustand zu optimieren. Die äußeren Diskrepanzen werden „innerlich“ mentalisiert, können aber ob der Mentalisierungsstörung dieser Art nicht „abgestellt“ werden.

Diese Reflexionsvariante der „besseren Innensicht“ versucht verzweifelt die „normativen Spielregeln“, die sozial-emotionale Symbolik (den Subtext), zu dekodieren. Es gelingt jedoch nicht oder nur teilweise. Ratlose Überanpassung oder/und ein rein formal korrektes „pseudofreundliches“ Verhalten sind oft die Folge. Diese Variante lebt höchwahrscheinlich in einem anhaltenden, mehr

oder weniger starkem Stresserleben. Depressive, ängstliche, psychosomatische u.a. Reaktionen (siehe oben komorbide Störungen) sind hier überzufällig häufiger zu finden als bei der 1. Reflexionsvariante.

## ➔ **Eingeschränktes Denken und Handeln, repetitiv-stereotypes Verhalten und das Leben in Ordnungen und Routinen**

1.

### Autismus-Spektrum-Störung und Schwache Zentrale Kohärenz

Die neuropsychologische Theorie der „**Schwachen Zentralen Kohärenz**“ (auch Theorien der Kontextblindheit) erfasst eine weitere kognitive Ursache für das Autistische-Spektrum. Mit ihr wird insbesondere die Qualität und Quantität der Informationsaufnahme und -verarbeitung erklärt, aufgrund derer Menschen im Autistischen-Spektrum die Umwelt wahrnehmen.

„Schwache Zentrale Kohärenz“ meint, dass Menschen im Autistischen-Spektrum die Umwelt:

- nicht ganzheitlich-sinnhaft und kontextbezogen,
- nicht kohärent (zusammenhängend),
- nicht konsistent (deckungsgleich)

wahrnehmen. Neurokognitiv bedingt, gelingt hochwahrscheinlich nicht die sinnhafte Integration relevanter Informationen und Reize in einem komplexeren Kontext.

Hochwahrscheinlich werden hoch subjektiv, irgendwie geartet, „umschriebene“ Teilbereiche der Umwelt wahrgenommen. Man spricht von **Teilobjektwahrnehmung**.

Das Erleben und Denken im Autistischen-Spektrum ist demnach „eingeengt“, hoch subjektiv und detailbezogen, hochwahrscheinlich fragmentiert (in einzelne Teile zerlegt). Menschen im Autistischen-Spektrum erleben demnach „eine eigene Welt“, wie es bei neurotypischen Menschen nicht der Fall ist.

Diese eigene Welt von „übersichtlicher“ Ordnung aufrecht zu erhalten, führt hochwahrscheinlich auch zu **zwanghaftem Verhalten**.

Zwangsstörungen an sich (Zwangshandlungen, Zwangsgedanken) sind im neurotischen Verständnis primär angstgeneriert: Man muss zwanghaft etwas tun, damit etwas nicht eintritt, oder man etwas abwendet. Es drängt sich etwas auf, das man nicht tun oder denken will.

Im psychotischen Verständnis folgen Zwänge einem halluzinatorisch und/oder wahnhaften Erleben und Denken. In diesem Fall nicht zwingend immer mit dem Gefühl, dass sie sich aufdrängen, man folgt „absichtlich“ einer Idee, einer Botschaft, einem Auftrag, oder einfach nur Stimmen o.ä.

Zwanghaftes Verhalten bei Autismus-Spektrum-Störungen, meist im Kontext der sogenannten repetitiven (sich immer wiederholenden), stereotypen (monotonen, gleichförmigen) Wiederholung von Handlungen, dient eher der (Wieder-) Herstellung einer Ordnung, so wie die „eigene Welt“ sein muss, so wie sie erlebt wird.

Das **umschriebene Interesse für Teilobjekte** und meist eine obsessive Beschäftigung damit sind eher die Folge autistischer Wahrnehmungsbesonderheiten und damit verbundener Besonderheiten der Informationsverarbeitung, als dass sie einer bestimmten Motivation folgen.

Junge Kinder zum Beispiel, die man nach herkömmlicher Zuordnung zum Frühkindlichen Autismus zählt, wiederholen motorische, sensorische, fokale Abläufe; andere junge Kinder im Autistischen-Spektrum ordnen, sammeln, bauen, vertiefen sich obsessiv in spezielle, sehr umschriebene Themen (Strom, Wasser, Technik) oder (darauf sind Eltern besonders stolz) auf ausgewählte Themen von Natur, Geschichte, u.ä.

Im höheren Kindesalter werden diese Interessen auf Computerbeschäftigung gelenkt (nicht zwangsläufig Spiele o.ä., nicht zwangsläufig den dysfunktionalen Verhaltensweisen und Süchten zuzuordnen), viele gehen aber auch ihren „kindlichen Obsessionen“ nach, bauen Lego usw. Mit beginnendem Jugendalter werden diese Obsessionen spezifischer, in der Regel auf Computer-, Kfz-Technik oder CB-Funk, o.ä., geschichtliche Themen o.ä. fortgeführt. Dies nur eine wirklich kleine Auswahl.

Die „Schwache Zentrale Kohärenz“ ist hochwahrscheinlich auch der Motor für „**Savant-Phänomene**“ (Savant: der Gelehrte), die bei hohem Intelligenzniveau auf einer außergewöhnlichen, jedoch sehr eng umschriebenen, analytischen (emotionsbefreiten) Vorstellungskraft basieren und vor allem in mathematischen, naturwissenschaftlichen, technischen und lexikalischen Bereichen „Sonderleistungen“ hervorbringen.

Diese Teilobjektwahrnehmung kann demzufolge zeitlich und anforderungsspezifisch variieren, dies hat oft auch soziale Konsequenzen:

Dies zeigt sich beispielhaft bei Intelligenztests

In einem Fall wurde uns eine 16-jährige Jugendliche vorgestellt, die im biographischen Verlauf mehrfach bezüglich des Intelligenzniveaus getestet wurde, dies auch sicher seriös in zwei Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Als sie uns zur Begutachtung vorgestellt wurde, war sie seit Jahren in einer Schule für geistige Behinderung.

In unserer Testung (die Letzte war ca. 5 Jahre vorher durchgeführt worden) erreichte sie im WISC-V einen Gesamt-Index im IQ von 120 (!)... abgesehen von einer schlechteren“ Verarbeitungsgeschwindigkeit (Exekutive Dysfunktion, ADS) befand sich das Testprofil im Grunde auf einem Gymnasialniveau.

In der Praxis ist dieses Phänomen oft und besonders in der Intelligenzdiagnostik zu beobachten und führt bei „schlechten IQ-Werten“ genauso oft, jedoch demnach unberechtigt, zu Schulkarrieren im Förderschulbereich-G.

Für neurotypische Menschen ist dieses Phänomen „nicht vorstellbar“, wie auch die anderen Phänomene des Autistischen-Spektrums.

Währendem zum Beispiel depressive oder ängstliche Stimmungslagen im Grunde von allen Menschen nachvollzogen werden können, weil es jeder oder jedem schon einmal „so ging“, wird sich einem neurotypischen Menschen die Welt des Autistischen-Spektrums, vor allem die der Teilobjektwahrnehmung, niemals erschließen.

2.

## Autismus-Spektrum-Störung und das Leben in Ordnungen und Routinen

Das Schlüsselverständnis für diese Besonderheit der Autismus-Spektrum-Störung ist der neurokognitiv bedingte **Mangel an Anpassungsflexibilität**.

Bereits bei jungen Kindern spielen gleichmäßige Abläufe, zum Beispiel beim Essen (das Besteck muss so liegen, immer die gleiche Nahrung), dem Ankleiden oder der Kleidungsordnung (oft dieselbe Kleiderordnung, egal ob Sommer oder Winter), dem Haarschnitt, den Tagesabläufen (die Schuhe im Regal des Kindergartens) u.a. eine entscheidende Rolle. Stimmen Ordnungen und Gewohnheiten nicht, haben die Eltern ein Problem, meist auch diesbezüglich mit der Umwelt und wie diese darauf reagiert.

Jedwede Schwellensituationen im Leben (Entwicklungsaufgaben) stellen Kinder, Jugendliche und Erwachsene im Autistischen-Spektrum aber selbst oft vor erhebliche Probleme, zum Beispiel Übergänge: Familie-Kita-Schule-Beruf/Studium, womöglich Partnerschaft.

Veränderungen von Routinen im Alltag oder in spezifischen Anforderungen, insbesondere neue (unerwartete) Ereignisse (Urlaube, Besucher zu Hause, Klassenfahrten, unangekündigte Arbeiten in der Schule etc.) führen oft zu Stressreaktionen verschiedener Ausprägung (siehe unten Stimming und Overload).

Menschen im Autistischen-Spektrum und besonders mit Autismus-Spektrum-Störung „verharren“ oder „bestehen“ insofern mehr oder weniger stark auf ihre Ordnung der Welt, sind in ihr „verfangen“. Eine „Welt außerhalb“ dieser Wahrnehmungen oder/und Ordnungen **überlastet das neurokognitive System und führt zu Stress**.

In der Regel wird versucht, diese innere Ordnung mehr oder weniger aufrechtzuerhalten bzw. es besteht das Bestreben, diese gegebenenfalls mit allen Mitteln des Verhaltens wiederherzustellen (durchzusetzen).

Für die Erklärung dieses Mangels an Anpassungsflexibilität gibt es einen Komplex theoretischer Annahmen, in dem eine Theorie die anderen nicht ausschließt.

a.

**Schwache Zentrale Kohärenz** (Kontextblindheit und Teilobjektwahrnehmung)

b.

**Exekutive Dysfunktion** (Mangel in der Selbst- und Handlungsorganisation, dem Mangel an antizipierender Vorstellungskraft aufgrund eines eingeschränkten Reizmanagements)

c.

Ein Mangel an vorausschauender Vorstellungskraft wird auch mit Theorie der „computational theory of mind“ (CTM) erklärt. Demnach richten sich kognitive Fähigkeiten (das Bewusstsein) eines Menschen an neuronal basierte Berechnungsvorgänge (innerer Bilder „mind“, oder Repräsentationen) bezogen auf zukünftige (erwartete) Ereignisse aus. Das Gehirn wird als eine Art „Prognosemaschine“ verstanden, welche die oben genannte Passung (Anpassung) eines Menschen ermöglicht. Diese kognitiven Vorgänge werden als Prozess „**Predictive Coding**“ verstanden:

Um eine konstante und kohärente (im Denken logisch nachvollziehbare) innere Repräsentation der Umwelt (mind) aufrechtzuerhalten, werden eingehende Reize mit inneren Zuständen (Erwartung) verglichen. Weicht ein aktuell-eingehender Reiz von dieser Erwartung („prediction“) ab, ist das ein Stresssignal für das Gehirn, dass optimale Orientierung nicht gewährleistet ist und eine Korrektur (ein korrigierendes Handeln) notwendig ist.

Man kann nun handelnd:

- a. die Umweltbedingungen verändern, um den erwarteten Zustand herzustellen oder/und
- b. man kann sein „inneres Modell“ (Repräsentanz) des Denkens und Erlebens verändern, ... das heißt im Grunde „Neulernen“.

Dies erfordert ein hohes Maß an neuroplastischer Anpassung, um zum Beispiel bedeutsame und unbedeutsame Signale (aus der Umwelt) für die Erwartungserfüllung zu differenzieren und vor allem aus bedeutungsvollen und sinnhaften Signalen (auf Veränderung/Anpassung ausgerichtete) Prädiktionsfehler zu erkennen und auch diese in die innere Repräsentation (mind) „einzubauen“.

Gelingt dies nicht, wie für Menschen im Autistischen-Spektrum angenommen wird, können die eingehenden Signale nicht eingebaut (integriert) werden, dann ist die Folge ein anhaltender innerer Zustand oder/und ein Gefühl „unvorbereitet“ zu sein, auf das, was als nächstes passiert... vor allem Neues/Unerwartetes macht demzufolge Stress.

## **6. Autismus-Spektrum-Störung und Stressverarbeitung – „Stimming und Overload“**

Wird das komplexe neuronale System (im Sinne von nicht auf die Realität ausgerichtet) überfordert, meist im Zusammenhang mit:

- Reizüberflutung aufgrund der Exekutiven Dysfunktion (bei gestörtem Reizmanagement) oder/und,
- einem Verhaftet-Sein in eigenen Ordnungen (Kontextblindheit) oder/und,
- Systemüberforderung bei sozialen Konflikten (Mindblindness),
- Mangel an Predictive Coding

... kommt es zum sogenannten „**Overload**“ (Überlastung neuronaler Informationsverarbeitung), der mit affektiver Aufladung/Anspannung einhergeht.

Regulationsversuche dieses Overloads in erster Instanz werden als „**Stimming**“ (Self-stimulating behavior) bezeichnet. Dieses „Stimming“ dient in der Regel der Reiz- und Selbstkontrolle, der Aufrechterhaltung der „inneren Ordnung“, der Ableitung affektiver Aufladung.

- „Stimming“ muss nicht zwangsläufig beobachtbar sein:

Zum Beispiel kann „Stimming“ ein intensives „inneres Beschäftigen“ mit monotonen Denkinhalten sein (zum Beispiel einfaches Zählen, Buchstabieren, Bilden von subjektiven repetitiven „Denkschleifen“), eine Art von Ablenken oder „Abschalten“ oder das Abgleiten in eine realitätsferne „Traumwelt“ u.a. Beim „stillen Stimming“ fällt bestenfalls eine Art „Abwesenheit“ auf. Dies bleibt häufig für den Beobachter unbemerkt.

- Beobachtbar wird das Stimming bei offenen Verhaltensweisen („expansives Stimming“), hier beispielhaft:

unspezifische körperliche Anspannungen (Fäuste ballen mit Vibrieren der Arme oder des Körpers oder Verzerrungen/Verspannungen der Gesichtsmuskulatur u.ä.)

Manierismen (ungewöhnliche, oft langsame körperliche Bewegungen, ungewöhnliches Verbiegen der Hände und/oder Finger u.ä.)

„Tics“ (motorisch: monotones Flattern der Hände, Wippen der Füße, Manipulation an Objekten; akustisch: bestimmte Töne erzeugen wie Räuspern, Summen, Pfeifen u.a. Lautbildungen)

Jaktationen (Hin-Her-Bewegungen des Kopfes oder des Körpers in verschiedenen subjektiven Variationen)

selbstmanipulatives bis selbstverletzendes Verhalten (zum Beispiel sich Kratzen, auf die Lippen beißen, Haare ausreißen, Nägel kauen, „Ritzen“ oder sich absichtlich bei Zerstörung von Objekten zu verletzen).

Kann der Overload aus vielfältigen inneren und äußeren Gründen mit „Stimming“ nicht abgebaut werden, zeigt sich eine Regulation dieses Overloads in zweiter Instanz nach individueller Ausprägung in folgende Richtungen:

- Meltdown - aggressive Entladungen diffuser Art (Wutausbruch), aber auch Aggressionen gegen Personen und Objekte,
- Shutdown - absoluter Rückzug und Kontaktabbruch, Abschalten, ein Nicht-mehr-ansprechbar-Sein,
- psychoaffektive und/oder psychosomatische Reaktionsbildung (zum Beispiel Depressionen, Ängste, körperlich funktionelle Symptome).